**Programme Musculosquelettique – Colonne Vertébrale**

**\*Ce formulaire n’est pas pour les références urgentes.\*** Hôpital Communautaire de Cornwall - Hôpital Montfort - Hôpital Queensway Carleton

L’Hôpital d’Ottawa - Hôpital Régional de Pembroke

**Demande de Consultation**

**Fax: 613-721-7889**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DE RÉFÉRENCE (AAAA/MM/JJ):** | |
| **Médecin référent – autocollant accepté**  Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Spécialité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # de téléphone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # de facturation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médecin de famille (si différent)  Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fax:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Information du patient – autocollant accepté**  Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # de téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  # de carte de santé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sexe:  M  F  Coordonnées de contact alternative:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Niveau de la colonne**:  Cervical  Thoracique  Lombo-sacrée  **Douleur Primaire**:  (Utiliser une échelle de douleur numérique 1-10, 10 = la pire douleur ressentie)  Dos/Cou  Sévérité de la douleur au dos: \_\_\_\_\_\_  Sévérité de la douleur au cou: \_\_\_\_\_\_  Jambe  Sévérité de la douleur à(aux) la jambe(s): \_\_\_\_\_\_  Bras  Sévérité de la douleur au(x) bras: \_\_\_\_\_  Dermatome impliqué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Latéralité:  G  D  Bilatéral  **Durée des Symptômes**:  <6 semaines  6-12 semaines  3-6 mois  6-12 mois  >12 mois  **Perte(s) Neurologique(s) Objective(s) (sélectionner tous les symptômes qui s’appliquent)**:  Motrice  Sensorielle  Contrôle fécal / urinaire  Signes de motoneurones supérieurs  Autre(s)  Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Est-ce une douleur/incapacité si importante que le patient considérerait une approche chirurgicale?**  Oui  Non  Peut-être  **Diagnostic**:  Douleur lombaire  Douleur cervicale  Radiculopathie / Sciatique  Myélopathie  Claudication neurogénique  Déformité / Scoliose / Cyphose  Autre(s) - Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Pathologie**:  Hernie discale  Arthrose dégénérative / Arthrose facettaire  Sténose spinale  Spondylolisthésie  Déformité / Scoliose / Cyphose  Fracture – Traumatique  Fracture – Pathologique  Tumeur  Intradurale  Inflammation  Infection  Autre(s)  Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Traitement reçu**:  Aucun  Physiothérapie  Durée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Résultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Injection(s) de cortisone  Réponse à l’injection  Aucune    Partielle    Complète  Programme d’exercices  Durée: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Résultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre(s)  Spécifier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Préférence de chirurgien**:  Première disponibilité  Chirurgien spécifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Imageries Diagnostiques:**  Inclure au minimum un rapport IRM récent (datant de moins d’un an).  Rapport IRM est inclus  Si c’est impossible de faire une IRM, SVP spécifier la raison: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si c’est impossible de faire une IRM, SVP inclure un des rapports suivants:  Tomodensitométrie  Myélogramme par tomodensitométrie |